



# Richiesta di prestazioni per mezzi ausiliari dell'AVS

Da inoltrare alla cassa di compensazione che versa la rendita

Scrivere chiaramente!

Se le domande pongono più alternative, indicare con una crocetta la risposta scelta  
Dev'essere compilato dall'assicurato(a) o dal(dalla) suo(a) rappresentante

## 1. Dati personali del(della) richiedente

Per gli assicurati sposati o vedovi, indicare anche il cognome da nubile della moglie

1.1 Cognome \_\_\_\_\_

Indicare tutti i nomi, sottolineare quello usuale

1.2 Nomi \_\_\_\_\_

Giorno, mese, anno

1.3 Data di nascita \_\_\_\_\_

Se non è più celibe(nubile), il(la) richiedente indicherà la data del cambiamento di stato civile

1.4 Stato civile \_\_\_\_\_

Per gli stranieri: nazionalità

1.5 Luogo d'origine \_\_\_\_\_

Comune politico e Cantone

1.6. Domicilio \_\_\_\_\_

Via e numero, designazione località precisa con numero di avviamento postale; nel caso di degenza ospedaliera o in un istituto di cura, indicarne l'indirizzo

1.7 Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No tel. \_\_\_\_\_

1.8 Esiste una tutela? sì no ; una curatela? sì no

1.8.1 In caso di risposta affermativa, nome e indirizzo del tutore risp. del curatore

\_\_\_\_\_ No tel. \_\_\_\_\_

1.8.2 In caso di risposta affermativa, sede dell'autorità tutoria

\_\_\_\_\_

## 2. Dati personali del marito

Da riempire soltanto se le prestazioni per mezzi ausiliari sono richieste dalla moglie

Indicare tutti i nomi e sottolineare quello usuale

2.1 Nomi \_\_\_\_\_

Giorno, mese, anno

2.2 Data di nascita \_\_\_\_\_

Per gli stranieri; nazionalità

2.3 Luogo d'origine \_\_\_\_\_

Comune politico e Cantone

2.4 Domicilio \_\_\_\_\_

Via e numero, designazione località precisa con numero di avviamento postale; nel caso di degenza ospedaliera o in un istituto di cura, indicarne l'indirizzo

2.5 Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No tel. \_\_\_\_\_

2.6 Esiste una tutela? sì no ; una curatela? sì no

2.6.1 In caso di risposta affermativa, nome e indirizzo del(della) tutore(trice) risp. del(della) curatore(trice)

\_\_\_\_\_ No tel. \_\_\_\_\_

2.6.2 In caso di risposta affermativa, sede dell'autorità tutoria

Dati e condizioni del diritto alla rendita verificati; visto della cassa di compensazione



### 3. Indicazioni generali

Rispondere in qualsiasi caso

- |     |   |    |    |
|-----|---|----|----|
| 3.1 | Il(la) richiedente beneficia di prestazioni complementari (PC)<br>In caso di risposta affermativa, chi le versa?  | sì | no |
| 3.2 | Il danno alla salute che rende necessario l'impiego di mezzi ausiliari è imputabile a un infortunio?<br>E' stato causato interamente o parzialmente da terzi? | sì | no |
| 3.3 | Nome e indirizzo del fornitore dal quale desidera ricevere il mezzo ausiliario  |    |    |

Lasciare in bianco

Verifica inerente al diritto di re-  
gresso secondo N. 3.2 effettuata;  
foglio complementare R  
sollecitato:

sì  no

Visto dell'ufficio AI

### 4. Richiesta presentata per la prima volta

Se si richiede la sostituzione di un mezzo ausiliario per cui l'AVS o l'AI hanno già concesso delle prestazioni si deve compilare solo il No. 5.

Per richieste di assunzione delle spese di locazione di una carrozzella senza motore, la casse di compensazione e i centri di noleggio consegnano un formulario speciale.

- 4.1 Per quale mezzo ausiliario richiede un contributo alle spese dell'AVS?

Scarpe ortopediche su misura

Scarpe ortopediche di serie

Occhiali-lente

Epitesi della faccia

Apparecchio acustico

Parrucche

Apparecchio ortofonico

- 4.2 Il mezzo ausiliario in questione è stato prescritto da un medico specialista?

sì no

In caso di risposta affermativa indicare nome e indirizzo dello specialista, altrimenti riportare nome e indirizzo del medico di famiglia.

No tel. \_\_\_\_\_

### 5. Domanda in caso di rinnovamento di un mezzo ausiliario

- 5.1 Quale mezzo ausiliario deve essere rinnovato? \_\_\_\_\_

- 5.2 Sono state recentemente assegnate prestazioni concernenti questo mezzo ausiliario?

In caso di risposta affermativa, da chi? \_\_\_\_\_

- 5.3 Il rinnovamento è stato prescritto da un medico? sì no

In caso di risposta affermativa, nome e indirizzo del medico

No tel. \_\_\_\_\_

## 6. Procura e firma

Firmando questo modulo il(la) richiedente o il(la) suo(a) rappresentante autorizza tutte le persone, gli ospedali, gli istituti di cura, le casse malati, le assicurazioni pubbliche o private, gli enti pubblici e gli enti assistenziali privati che entrano in considerazione a fornire ai competenti organi dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità le informazioni necessarie per accertare la fondatezza della richiesta e il diritto alle prestazioni e per esercitare il diritto di regresso nel confronto di terzi, contro cui l'assicurato(a) può far valere il diritto al risarcimento del danno subito a causa del verificarsi dell'evento.

---

Il(la) sottoscritto(a) conferma di aver risposto in modo completo e veritiero.

Data

Firma del(della) richiedente o del(della) suo(a) rappresentante

---

Nome e indirizzo del(della) rappresentante, se il(la) richiedente non firma

---

No tel. \_\_\_\_\_

Eventualmente, nome e indirizzo del servizio sociale o della persona che si occupa del(della) richiedente

---

No tel. \_\_\_\_\_

### Allegati:

Allegare alla richiesta tutti i certificati AVS/AI del(della) richiedente e del suo coniuge

---

Attestazione del medico a tergo

## 7. Attestazione del medico

Compilando quest'attestazione, il medico permetterà all'assicurazione di pronunciarsi rapidamente in merito alla richiesta. Se la richiesta concerne il versamento di un contributo alle spese d'acquisto di un apparecchio acustico, il medico non deve compilare l'attestazione poiché l'assicurato(a) deve essere sottoposto(a) a una perizia da parte di un medico esperto dell'Al.

---

Dal  
ta:

Scarpe ortopediche su misura o scarpe fabbricate in serie. Esse sono adattate individualmente a una forma o a una funzione patologica del piede o sostituiscono un apparecchio ortopedico. Non è possibile fornire solette ortopediche (di regola l'attestazione dev'essere fornita da uno specialista in ortopedia).

mascella artificiali, epitesi dell'occhio, lastra palatina, ecc.)

Parrucca. L'aspetto dell'assicurato(a) è pregiudicato dalla mancanza di capigliatura.

Apparecchio ortofonico. Il(la) richiedente ha subito una laringectomia e non è in grado di apprendere la voce esofagea oppure l'ha appresa in modo insufficiente.

Occhiali-lente. L'assicurato(a) non è in grado di leggere testi relativamente lunghi, scritti in caratteri normali.

---

Ritengo necessario procedere a esami medici più approfonditi.

---

Data

Timbro e firma del medico

---

Osservazioni eventuali del medico